

Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program

La cobertura de atención médica de Medicaid está disponible para los niños menores de 19 años de edad que cumplen con la definición federal de los niños con discapacidades. Los límites de ingresos para los niños con discapacidades son más elevados que en otros programas de Medicaid.

**NO hay cuotas de afiliación,
copagos ni deducibles**

Para calificar

- ★ Su hijo debe cumplir con la definición de los niños con discapacidades que establece el SSI;
- ★ El ingreso bruto de la familia debe estar por debajo de los montos que se indican en la tabla;
- ★ Los padres deben inscribirse en un seguro médico o conservar el que tienen a través de su trabajo si el empleador paga por lo menos el 50% de las primas;
- ★ Algunas familias no pagarán una prima: la mayoría pagarán de \$12 a \$35 por mes por la cobertura de Medicaid, y
- ★ Debe cumplir con otros requisitos del programa.

Nosotros revisamos los ingresos de su familia

Tomamos en cuenta su ingreso bruto familiar, no su salario neto (líquido) y lo comparamos con el tamaño de la familia. Una *familia* incluye

al niño que hace la solicitud, a los padres (legales y naturales) y a sus hermanas y hermanos menores de 19 años de edad, que viven en el hogar. Nosotros **no** tomamos en cuenta su casa, sus cuentas bancarias, sus vehículos o sus terrenos.

Límites de ingresos En vigencia del 1 de abril de 2009 al 31 de marzo de 2010	
Tamaño de la familia	Mensual
1	\$2,708
2	\$3,643
3	\$4,578
4	\$5,513
5	\$6,448
6	\$7,383
Por cada persona adicional	Agregue \$935

Forma de solicitarlo

- ★ **En línea** –
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov
- ★ **Por correo** -
Family Opportunity Act
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
- ★ **Por Fax** - 1-877-523-2987 (gratuito)
- ★ **Entrega personal** – Diríjase a la oficina local de Medicaid. Para encontrar la oficina más cercana, llámenos al **1-888-342-6207** o visite www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

Después de que lo solicite

Le informaremos si su hijo califica. Si es así, recibirá una tarjeta plástica de Medicaid, aproximadamente dos semanas después de que reciba la carta de aprobación. Si ya tiene tarjeta de Medicaid, la reactivaremos y usted puede empezar a usarla tan pronto como nos comuniquemos con usted.

Servicios con cobertura

Visitas al médico	Atención hospitalaria
Recetas Médicas	Vacunas
Análisis de laboratorio	Rayos X
Salud Mental	Pruebas psicológicas
Terapia psicológica	Terapia física
Terapia del habla	Terapia ocupacional
Servicios dentales, de Suministros y equipo médico	Transporte Médico

Todos los demás servicios de Medicaid para niños.

Su hijo puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid. Si tiene otro seguro médico, Medicaid paga después de que su otro seguro médico haya pagado.

Preguntas

Llame al **1-888-342-6207**

Los usuarios de teléfonos de texto TTY:
1-800-220-5404

Estas llamadas son gratuitas.

Sus derechos

Si considera que la decisión que tomamos no es justa, es incorrecta o se tomó muy tarde, puede solicitar una audiencia justa.

- ✓ Llame a la oficina de Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program al 1-888-342-6207 y/o
- ✓ Escriba a:
LA DHH Bureau of Appeals
P.O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

The Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program es un programa que brinda igualdad de oportunidades

No podemos tratarle en forma diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación política. Si cree que lo hemos tratado diferente:

- ✓ Llame a la U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights de Dallas, TX al 1-800-368-1019;
- ✓ Llame a la oficina de Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program al 1-888-342-6207, los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-800-220-5404 y/o
- ✓ Escriba a:
LA Department of Health & Hospitals
P.O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818

**¿Necesita traductor de español?
Llame al 1-877-252-2447.**

Quý vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số 1-877-252-2447.

This public document was published at a cost of \$2,036.93. Three thousand (3,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,036.93. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,036.93. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients, and other individuals of Medicaid coverage through the Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program as established by the Family Opportunity Act through LA DHH under authority of 42 CFR 435.905. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-FOA Cover Spanish
Revised 07/09 (English 02/09)
Prior Issue Obsolete



Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program

para niños con discapacidades



Déjenos ser su socio de salud

1-888-342-6207

Solicítelo en línea
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

Departamento de salud y hospitales de Louisiana

SOLICITUD DE FAMILY OPPORTUNITY ACT MEDICAID BUY-IN PROGRAM

Interviewer: _____

Date of Interview : _____

El Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program brinda atención médica completa a los niños menores de 19 años de edad **que tienen discapacidad física, mental o del desarrollo**. Si es necesario, las familias pagarán de \$12 a \$35 por mes por esta cobertura. Los padres que tienen seguro médico disponible por medio de su empleador deben inscribir al niño como condición de elegibilidad.

Si hace una solicitud para más de un niño, llene solicitudes separadas para cada niño.

Para solicitar con este formulario de solicitud:

1. Llénelo y fírmelo. Use una pluma con tinta negra.
2. Reúna los documentos de constancia que necesitamos.
3. Envíe el formulario y los documentos de constancia por correo o por fax a:

Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
Fax (gratuito): 1-877-523-2987

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro (especifique) _____

¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro (especifique) _____

1. ¿Dónde obtuvo este formulario de solicitud?

- Oficina de Medicaid Hospital Farmacia Consultorio médico Amigo/Familiar Internet
 Clínica de la escuela Oficina de cupones para alimentos Unidad de salud Negocio (tienda, trabajo) Festival/Feria de la salud En otro lado: _____

2. Información del padre de familia o encargado del cuidado (Indique el nombre del otro padre o encargado del cuidado en la Pregunta 3).

Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con el niño que solicita: Padre o madre Padrastro o madrastra Abuelo(a) Otro: _____

Raza/Origen étnico (Opcional- puede marcar una o más opciones): Blanco Negro Asiático Hispano o Latino Amerindio o nativo de Alaska Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Otro: _____

Dirección postal _____
Apartado postal o Dirección postal Apartamento/Número de lote

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de residencia (si es diferente) _____
Dirección física Apartamento/Número de lote

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa (_____) Teléfono celular (_____) Teléfono durante el día (_____) _____

¿Tiene preguntas? Llame al 1-877-252-2447

Teléfono de texto TTY para las personas con problemas auditivos, llame al 1-800-220-5404

3. ¿Vive en el hogar otro padre de familia o encargado del cuidado?
 Sí: Responda las siguientes preguntas No: Pase a la pregunta 4

Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con el niño que solicita: Padre o madre Padrastro o madrastra Abuelo(a) Otro: _____

4. Niño con discapacidad

Si hace una solicitud para más de un niño, llene solicitudes separadas para cada niño.

Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Raza/Origen étnico (Opcional, puede marcar una o más opciones): Blanco Negro Asiático Hispano o Latino Amerindio o nativo de Alaska Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Otro: _____

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) _____ País (si nació fuera de EE.UU.) _____

Nombre de la madre _____
Nombre (Apellido de soltera) Apellido

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos? Sí: Pase a la pregunta 5 No: Responda las siguientes preguntas

¿Es el niño un residente legal permanente? Sí No: ¿En qué fecha llegó a los Estados Unidos? _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card): A# _____

5. ¿Alguna vez ha recibido el niño beneficios de Supplemental Security Income (SSI)?
 Sí: Complete la siguiente información No: Pase a la pregunta 6

¿Cuándo finalizó? _____

¿Por qué finalizó? _____

6. Enumere los hermanos y hermanas del niño, que sean menores de 19 años de edad, que vivan en el hogar. Ninguno – Pase a la pregunta 7

No incluya los hermanastros o hermanastras. Si tiene más de 3 hijos, use otra hoja de papel.

A. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

B. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

C. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

**7. ¿El niño que solicita tiene seguro médico? Sí: Complete la siguiente información
 No: Pase a la pregunta 8**

Si tiene más de un seguro médico, use otra hoja de papel.

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de vigencia de la cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre la póliza? Hospital Médico Medicamentos Atención dental Ambulancia

¿Quién paga la prima? _____

Si el seguro médico es por medio de un empleo, nombre del empleador: _____

¿Cuándo es una inscripción abierta? _____

¿Paga el empleador más del 50% del costo? Sí No

**8. Si el niño no tiene seguro médico, ¿podría obtener uno por el empleo de uno de sus padres?
 Sí No**

9. Describa la discapacidad del niño.

¿Qué es la discapacidad? Proporcione información acerca de ella. _____

¿Cuándo empezó? _____

Mencione los médicos, hospitales u otros proveedores médicos que le hayan prestado atención médica que puedan proporcionar registros médicos para apoyar la condición médica del niño. **Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.**

Nombre del médico, hospital u otro proveedor médico	Dirección y número de teléfono del proveedor médico

10. ¿Los padres, hermanos o hermanas menores de 19 años del niño tienen ingresos por un empleo? Sí: Complete la siguiente información No: Pase a la pregunta 11

¿Quiénes trabajan?	Enumere el empleador y el número de teléfono o escriba trabajador independiente	Total de ingresos brutos mensuales	¿Cada cuánto le pagan? (semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensualmente)

11. ¿El niño, sus padres, hermanos o hermanas menores de 19 años de edad tienen ingresos regulares, como los que se mencionan abajo?

Sí: Complete la siguiente información No: Pase a la pregunta 12

- Seguro Social • SSI • Desempleo • Dinero de amigos/familiares • Compensación laboral
- Beneficios de veteranos • Manutención de menores (Indique el nombre del niño). • Otro (especifique)

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?

12. ¿Necesita el niño cobertura de los últimos 3 meses debido a que hay facturas de gastos médicos (pagadas o pendientes de pago) de este período? Sí No

13. ¿El niño alguna vez ha recibido Medicaid en Louisiana? Sí: Complete la siguiente información No

Las tarjetas plásticas de Medicaid se pueden reactivar y volver a usar. No le enviaremos una nueva tarjeta a menos que solicite una.

¿Necesita el niño una tarjeta de Medicaid? Sí No

Éste es el final de la solicitud. FIRME ABAJO

Al firmar esta solicitud, doy mi autorización al Estado de Louisiana y a sus agentes para establecer contactos para verificar la información que proporcioné en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que proporcioné es verdadera. También reconozco que he recibido y leído los Derechos y responsabilidades en la siguiente página.



Firme aquí: _____ Fecha: _____

Derechos y responsabilidades

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

CONDICIÓN MIGRATORIA Y CIUDADANÍA: Afirma que la información acerca de su condición migratoria y ciudadanía que proporcionó en este formulario de solicitud es verdadera y correcta.

INFORMACIÓN VERDADERA: Afirma que la información que proporciona en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Comprende que si a propósito proporciona información que no es verdadera O BIEN, si a propósito no proporciona información que debe proporcionar, es posible que la persona solicitante obtenga beneficios que no debería obtener. Si esto sucede, puede ser castigado legalmente por fraude. También, es posible que deba devolver dinero a Medicaid por las facturas pagadas por error.

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Comprende que se revisará la información que proporciona sobre usted y las personas solicitantes. Está de acuerdo en colaborar en este sentido y permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de las agencias gubernamentales, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Comprende que los números de Seguro Social se usarán únicamente para obtener información de otras agencias del gobierno para tomar una decisión sobre su elegibilidad y la de las personas que solicitan Medicaid.

PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA POR UN TERCERO: Comprende que, al aceptar Medicaid, el Departamento tiene el derecho de obtener el dinero recibido por la persona solicitante de otras fuentes como pagos de seguro o convenios judiciales por servicios que Medicaid haya pagado por la persona solicitante.

INFORME DE CAMBIOS: Acepta informar a Medicaid en un plazo de 10 días a partir de estos cambios: 1) si alguien que está obteniendo Medicaid se cambia de estado; 2) si alguien se muda a la casa o fuera de ella; 3) cambios en la dirección postal o residencial; 4) cambios en las primas y seguros médicos y 5) cambios en los ingresos.

APOYO DE MANUTENCIÓN DE MENORES: Comprende que Medicaid sólo enviará la información del caso a Child Support Enforcement para apoyo médico si usted lo solicita. Haremos una referencia si el padre y/o la madre obtienen Medicaid, a menos que Medicaid determine que usted tiene una buena razón para no cooperar con el cumplimiento del apoyo.

LO QUE TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Comprende que puede pedir un Audiencia justa si piensa que la decisión que se tomó en el caso no es justa, es incorrecta o se tomó muy tarde.

SIN DISCRIMINACIÓN: Comprende que Medicaid no puede tratarle en forma diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación política. Si considera que le han discriminado, llame a la U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights de Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba a Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources a P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

OTROS SERVICIOS: Comprende que la información acerca de WIC, KIDMED y otros servicios de Medicaid se les enviará a las personas que sean elegibles para Medicaid.

Envíenos la solicitud y los documentos de constancia por correo o por fax. También los puede llevar personalmente a la oficina de Medicaid.

Dirección postal:

**Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278**

FAX:

1-877-523-2987 (gratuito)

Documentos de constancia que podríamos necesitar que nos proporcione

Algunos de estos documentos de constancia no aplican para su solicitud. Indíquenos si no tiene o no puede obtener alguno de estos documentos. Es posible que nosotros los podamos obtener o ayudarle a conseguirlos.

Copia de la tarjeta de seguro médico (parte anterior y posterior) por niño
Si el menor no es ciudadano de los Estados Unidos , envíe la copia de su tarjeta de residencia permanente (green card) u otros formularios de los U.S. Citizenship and Immigration Services
Para los niños que nacieron fuera de Louisiana , envíe una constancia de ciudadanía de los Estados Unidos, tal como un certificado de nacimiento, certificado de nacimiento de recuerdo (que incluye la impresión de la huella del pie), pasaporte de los Estados Unidos o los documentos de adopción. Visite www.cdc.gov/nchs para obtener una lista de las oficinas del Registro Civil del Estado en donde puede solicitar los certificados de nacimiento.
Boletas de pago del mes anterior en las que se muestre su salario bruto (antes del pago de impuestos) o una carta del empleador. Si trabaja por cuenta propia, envíe copias de la declaración de impuestos y de todos los anexos: de los padres del niño (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.
Constancia del ingreso bruto (antes del pago de impuestos) de manutención de menores, beneficios de veteranos, compensación laboral, pensión alimenticia y otros ingresos que no sean por un empleo. Como constancia se pueden presentar cartas de concesión y declaraciones de impuestos 1099 del último año fiscal: del niño, de sus padres (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.
Si se necesita la cobertura de Medicaid de cualquiera de los tres meses anteriores al mes en que presenta la solicitud de Medicaid, envíe la constancia de ingresos de cada mes: del niño, de sus padres (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.
Copias de todos los informes médicos y de los Individual Education Plans (IEP) para confirmar la discapacidad del niño.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

	NÚMERO DE TELÉFONO	TELÉFONO DE TEXTO TTY
KIDMED (EPSDT)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
CommunityCARE (para solicitar un cambio de médico de atención primaria)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
Asistencia con las referencias médicas de KIDMED y CommunityCARE	1-877-455-9955	
Servicios Medicaid	1-888-342-6207	
Transporte (para solicitar transporte que no es de emergencia)	1-800-259-1944	